穴水町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所変更届出書

年　　　月　　　日

（宛先）穴水町長

所在地

申請者　　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 |  |
| 変更があった事項 | 変更の内容 |
| １ | 事業所の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所の所在地・電話・FAX番号 |
| ３ | 申請者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ６ | 定款･寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る） |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 |
| ８ | 事業所の管理者の氏名及び住所 | （変更後） |
| ９ | 運営規程 |
| １０ | 重要事項説明書 |
| １１ | 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に関する事項 |
| １２ | 役員の氏名及び住所 |
| １３ | その他 |
| 変更年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。

　　　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。